

# 施術内容( 領収 )明細書 (平成 24年 12 月分)

( はり・きゅう 用 )

◎ 初回の申請には「医師の同意書」を添付し、その後も3ヶ月ごと同意を得てください。

① 被保険者の記号・番号 <b>99</b> _____ <b>99</b>	② 療養を受けた者の氏名 <b>山田 よしこ</b>	③ 区分 被保険者 被扶養者	④ 生年月日 大昭平 99 年 9 月 9 日													
はり・きゅう師 ・ 内 容 欄 記 入 証 明 欄	初療年月日	施術期間	実日数	請求区分												
	平成 年 月 日	平成 年 月 日から 年 月 日	日	新規・継続												
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他( )		転 帰 継続・治癒・中止・転医												
	初検料			摘 要												
	1. はり 2. きゅう	この欄は施術者に記入・捺印してもらってください。														
	施術料															
	はり・きゅう															
	はり・きゅう															
	電療料															
	1. 電気															
往療料 2kmま																
加算 (																
費																
施術日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
通院○																
往療◎	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
施	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。															
入	領収金額 _____ 円															
明	住所															
欄	平成 年 月 日	はり・きゅう師 氏名	_____ (印)													
	電話	_____ ( )														
同意記録	同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間											
	<b>〇〇〇</b>	<b>東京都 ××市△△</b>	平成 <b>24年11月 30日</b>	<b>神経痛</b>	<b>3ヶ月</b>											
			平成 年 月 日													